

ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ
เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับ - ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ตามที่ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติให้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ ได้ถือปฏิบัติและดำเนินการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือตามอำนาจหน้าที่ ข้อ ๖ ข้อ ๗ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๓ ข้อ ๑๘ ข้อ ๑๙(๒) การใช้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตนอกจากการช่วยเหลือด้านสาธารณภัย ฉุกเฉิน โดยประกาศให้ประชาชนที่เดือดร้อนและประสงค์ขอรับการช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับการช่วยเหลือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือพิจารณา ประกอบกับหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถ เพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามหนังสือ ที่ มท ๐๗๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือในกรณีการจัดบริการรถรับส่งผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล/สถานพยาบาล มาลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ นั้น

เพื่อให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด จึงประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ กรณีการรับ - ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ ในวันและเวลาราชการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือต้องมีลักษณะและคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ ผู้ป่วยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ

๑.๓ ผู้ป่วยยากไร้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ผู้ไร้ที่พึ่ง เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

๑.๔ ผู้ป่วยที่มีญาติ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเป็นผู้ยากไร้

๑.๕ กรณีอื่นๆนอกเหนือจากข้อ ๑.๑ - ๑.๔ ให้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ

/๒.เอกสาร.....

๒. เอกสารหลักฐานที่ต้องนำมายื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

๒.๑ กรณียื่นลงทะเบียนด้วยตนเอง

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) เอกสารที่ออกโดยแพทย์หรือโรงพยาบาล เช่น ใบนัด ใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารที่แสดงว่าเป็นผู้ป่วยจริง

๒.๒ กรณีให้ผู้อื่นมายื่นลงทะเบียนแทน

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่น จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่น จำนวน ๑ ฉบับ

(๕) เอกสารที่ออกโดยแพทย์หรือโรงพยาบาล เช่น ใบนัด ใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารที่แสดงว่าเป็นผู้ป่วยจริง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไปในวันและเวลาราชการ เมื่อลงทะเบียนเสร็จสิ้นแล้วจะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๙

(นายกิติศักดิ์ อุทปา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชน

ในการใช้รถยนต์ส่วนกลาง กรณี รับ-ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล.....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ .....นามสกุล.....โทรศัพท์.....

ป่วยเป็นโรค .....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

มีความประสงค์ขอให้ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ ดำเนินการช่วยเหลือ .....

.....

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ ระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป พร้อมได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน ..... ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชน

ในการใช้รถยนต์ส่วนกลาง กรณี รับ-ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (ผู้อื่นยื่นแทน)

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล.....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ .....นามสกุล.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ ช่วยรับ - ส่ง ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

ราย (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ป่วยเป็นโรค .....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเสือ ระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป พร้อมได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน ..... ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....